12
Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016 (34300-XVI).**

De beraadslaging wordt hervat.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Ik begin direct met de vragen van de heer Van Hattem. Hij vroeg naar de impact die illegalen en asielzoekers op het zorgsysteem hebben. Hij vroeg mij om alle voorzieningen voor illegalen stop te zetten, met uitzondering van de acute zorg. Onverzekerbare vreemdelingen moeten deze zorg in Nederland in principe zelf betalen. Er is geen formele collectieve voorziening of verzekering voor illegalen. Om de toegang tot medisch noodzakelijke zorg wel te garanderen, is er in de Zorgverzekeringswet een speciale regeling waarmee zorgverleners die daarvoor een contract met het Zorginstituut hebben, bijna alle kosten van zorg voor illegalen terug kunnen krijgen als deze illegalen dat zelf niet kunnen betalen.

Voor de zorgkosten van asielzoekers is er een andere regeling. Het gaat dan om mensen die nog in procedure zitten. De zorg voor hen wordt geregeld via de Regeling Zorg Asielzoekers. Deze valt onder de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. De kosten van deze regeling komen ten laste van de begroting van Veiligheid en Justitie en drukken dus niet op de premies van de Zorgverzekeringswet.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Je kunt inderdaad vaststellen hoe het geregeld is, maar dat zegt nog niets over de wenselijkheid van dit beleid. In hoeverre zal de verdere instroom van asielzoekers en illegalen in dit land drukken op de kosten van de verzorgingsstaat? Is het wenselijk om dit beleid zo verder voort te zetten?

Minister **Schippers**:
Ik denk niet dat dit het moment is om met elkaar het vluchtelingenbeleid te bediscussiëren. Wij spreken over de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik kijk naar de impact van de feitelijke situatie op deze begroting. De toegenomen asielzoekersstroom heeft daar vooralsnog geen impact op, omdat de asielzoekers onder Veiligheid en Justitie vallen. Voor illegalen hebben wij een regeling. Je zou inderdaad kunnen besluiten om alleen maar acute zorg te verlenen, zoals u voorstelt, maar het nadeel daarvan is dat je in het ziekenhuis iemand oplapt die bijvoorbeeld een hartaanval heeft gehad of die om andere redenen acute medische zorg nodig had, terwijl je diegene vervolgens niet de pillen geeft die voorkomen dat hij over drie maanden weer in hetzelfde ziekenhuis ligt. Uiteindelijk hebben wij besloten dat het aan artsen is om te bepalen wat medisch noodzakelijk is. Op die koers varen wij.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Dan zitten wij toch op de verkeerde koers, want hij had het land binnen die drie maanden al moeten verlaten, als hij een vertrekplicht heeft, hier illegaal is en niet in dit land hoort te verblijven. Dus dat is eigenlijk een perverse prikkel in het systeem. Wat gaat u doen om die perverse prikkel er eventueel uit te halen?

Minister **Schippers**:
Ik ben ook van mening dat illegalen, die hier niet horen, het land uit moeten, maar ik heb te dealen met de feitelijke situatie dat ik te maken heb met een mens die medisch noodzakelijke zorg nodig heeft. Dat is een gegeven van dat moment, of iemand er nou had mogen zijn of niet.

Dan kom ik op de screening op infectieziekten. Onder sommige groepen vluchtelingen bestaat een wat verhoogde aanwezigheid van sommige infectieziekten, maar dat zijn infectieziekten die ook gewoon in Nederland voorkomen en waarop sommige groepen Nederlanders ook een verhoogd risico hebben. De normale maatregelen volstaan in principe om iedereen te beschermen. Wel is er in asielzoekersopvangcentra extra screening op onder andere tbc, schurft en kleerluis. Juist door die screening zijn er ook gevallen van schurft en tbc bijtijds ontdekt. Patiënten zijn behandeld en de nodige maatregelen zijn getroffen om te voorkomen dat zij anderen kunnen besmetten. Daarnaast wordt bij ziekenhuisopname rekening gehouden met het mogelijk voorkomen van MRSA. Daarom worden asielzoekers uit voorzorg, tot gecontroleerd is dat ze niet besmet zijn, in isolatie behandeld. Alle kinderen worden bij aankomst, als dat nodig is, gevaccineerd.

Dan kom ik op de verdringing van Nederlandse zorgprofessionals op de arbeidsmarkt door de instroom van asielzoekers met een medisch beroep. Om er zeker van te zijn dat buitenlande zorgverleners de juiste kwaliteit van zorg voor Nederlandse burgers leveren, moeten hun opleiding en werkervaring voldoen aan een aantal eisen. Zo moet het diploma geverifieerd en erkend worden, moet de huidige (vak)kennis getoetst worden en moet men het Nederlands beheersen. Het inzetten van genoemde zorgverleners is dus op korte termijn niet mogelijk. Overigens is de werkloosheid onder medisch specialisten bijzonder laag. Volgens recente informatie van het Capaciteitsorgaan en het UWV ligt deze ruim onder de 1%. Er zijn stijgende tekorten aan wijkverpleegkundige zorgverleners. Wij zijn reeds geruime tijd bezig om de wijkverpleging te verstevigen, zowel in de te leveren kwaliteit van zorg als in het bewerkstelligen dat er voldoende capaciteit is. Dat wordt onder andere samen gedaan met ActiZ en de beroepsorganisatie V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland).

De heer **Van Hattem** (PVV):
Ik had juist begrepen dat er bezuinigd werd, ook op de wijkverpleegkundigen. Is dat een verkeerde aanname? Ik heb namelijk begrepen dat erop bezuinigd werd.

Minister **Schippers**:
Op de overheveling van de wijkverpleegkundigen zit inderdaad een korting. Desalniettemin wijzen alle prognoses erop dat wij een tekort aan wijkverpleegkundigen krijgen, ondanks de korting bij de overheveling op de wijkverpleeg-

kundigen. Daar houden wij in onze opleidingen zo veel mogelijk rekening mee.

De heer **Van Hattem** (PVV):
De minister had het over medisch specialisten, maar ik had het over artsen in zijn algemeenheid, dus ook over huisartsen en andere typen artsen. Aan hen is zeker op regionale schaal, met name in de Randstad, wel degelijk een overschot. Is het wenselijk om die effecten nog te versterken?

Minister **Schippers**:
Wij hebben vooral in het noorden en oosten van Nederland een schrijnend tekort aan huisartsen. Het is heel erg lastig om daar huisartsen te krijgen. Ik zou het geweldig vinden als wij mensen met een opleiding vinden die via een korte cursus in deze tekortgebieden kunnen praktiseren. Dus dat wij een overschot hebben aan huisartsen, klopt overall niet.

Dan kom ik op de opmerking van de zorgverzekeraars over artikel 13. Het is ontzettend belangrijk dat artikel 13, dat gaat over het selectief kunnen inkopen en het beperkt kunnen vergoeden van niet ingekochte zorg, onderdeel is van de hoofdlijnenakkoorden. Die hoofdlijnenakkoorden zijn een set van afspraken die ertoe leiden dat wij minder geld uitgeven aan de gezondheidszorg, de curatieve zorg, al groeien wij jaar op jaar. Wij spreken dan wel van bezuinigen, maar het is minder meer. Die afspraken gaan over praktijkvariatie, substitutie van medisch-specialistische zorg door huisartsenzorg, afbouw van bedden in de ggz en opbouw van de ambulante zorg in de wijk et cetera. Artikel 13 is niet doorgegaan. Er is een set van 21 maatregelen genomen om dat te compenseren. Het punt is dat je een hoofdlijnenakkoord met z'n allen sluit. Als één partij zegt dat er vervanging moet komen omdat de onderdelen die zij graag wilde niet doorgaan, dan is de vervanging: Kwaliteit loont. De hele set maatregelen die wij nemen, levert die 1 miljard op, niet één maatregel daaruit. Dus je kunt wel zeggen dat artikel 13 op zichzelf niet die 1 miljard oplevert. Nee, die hoofdlijnenakkoorden leveren dat geld op. Dat is een set van afspraken. Daar maakte artikel 13 deel van uit. Dat hebben wij nu vervangen door een pakket dat heet: Kwaliteit loont.

Het preferentiebeleid is doorgeslagen, werd gezegd. Het preferentiebeleid betekent selectief inkopen van geneesmiddelen waarbij je geneesmiddelen onderling kunt vervangen als die dezelfde samenstelling hebben. Dat heeft ongelooflijk veel geld opgeleverd, dat in andere delen van de zorg uitgegeven kon worden. Dat heeft de groei daardoor enorm kunnen matigen. Wij hebben wel afspraken met elkaar gemaakt. Als je ergens niet tegen kunt bijvoorbeeld omdat er een ander vulmiddel in zit, en een huisarts dan "medisch noodzakelijk" op een recept zet, dan kun je die spécialité nog steeds bij de apotheek krijgen. Het preferentiebeleid is erg succesvol, waardoor wij de groei van de kosten behoorlijk hebben kunnen matigen.

Er werd gevraagd: waarom wordt het eigen risico niet verlaagd? En er werd gesteld: het aantal wanbetalers groeit. Het verplicht eigen risico zorgt voor medefinanciering van de zorgkosten. Het zorgt ervoor dat €385 het maximale verschil is tussen iemand die nooit gebruikmaakt van de zorg maar wel veel premie betaalt, en iemand die gebruikmaakt van de zorg met een heel dure ziekte die misschien wel een, twee ton per jaar kost; die ziektes zijn er. Wij hebben dus een systeem in Nederland waarin niemand een hypotheek op zijn huis hoeft te nemen of leningen hoeft aan te gaan om zijn zorgkosten te kunnen betalen. Dat is een uiterst solidair systeem. Ook als je de eigen betalingen in andere landen internationaal vergelijkt, dan komen wij daar heel behoorlijk uit.

Natuurlijk zijn er mensen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen, maar in 2005, het laatste jaar van het ziekenfonds, betaalden de laagste inkomens €541, inclusief eigen betalingen. Tien jaar later, in 2016, betalen de laagste inkomens gemiddeld €446, inclusief eigen betalingen, het eigen risico. Dus de laagste inkomens betalen nu een stuk minder premie, inclusief het eigen risico, dan zij tien jaar geleden voor het ziekenfonds betaalden. Dat beeld mis ik weleens. Er is in al die jaren enorm op gelet dat de premies betaalbaar bleven voor de laagst betaalde groep.

Het aantal wanbetalers is inderdaad behoorlijk toegenomen, maar wij begonnen op een schoon bestand in 2006. Toen is het jaar op jaar opgelopen. Eigenlijk zitten wij op hetzelfde percentage als vroeger in het ziekenfonds. Dus het percentage wanbetalers nu is hetzelfde als toen. Het zijn er te veel, zeg ik erbij. Daarom heeft deze Kamer recentelijk een wet aangenomen, waardoor ik de boete kan verminderen voor mensen die daadwerkelijk uit de schulden willen komen. Daardoor kunnen wij allerlei maatregelen nemen om het aantal wanbetalers terug te dringen, want ik ben het ermee eens dat dat te hoog is. Maar het is vergelijkbaar met wat wij vroeger hadden.

De heer **Don** (SP):
Een van mijn opmerkingen was dat ongeveer 800.000 verzekerden op dit moment moeite hebben hun zorgverzekeringspremie te betalen. Ik realiseer mij dat dat voor een gedeelte ligt aan het bedrag dat betaald moet worden, de premie. Daar staat de tegemoetkoming tegenover. Je eigen risico zit erin. Maar er zit ook een ander aspect aan: er zitten op dit moment veel meer mensen in de financiële problemen, door verschulding, verlies van inkomen of allerlei andere redenen. Maar het signaal in mijn betoog kwam vanuit Zorgverzekeraars Nederland. Die zeggen: dit is mogelijk een stijgend probleem. Hoe anticipeert de minister daarop?

Minister **Schippers**:
Het aantal wanbetalers staat per 1 december 2015 op 317.832. Dat zijn de laatste cijfers. Dat is te hoog. Qua percentage is het vergelijkbaar, maar het is te hoog. Daarom ben ik met de schuldhulpverlening, de zorgverzekeraars en Divosa rond de tafel gaan zitten en heb ik ze gevraagd: jongens, wat zouden wij kunnen doen? Ik ben ook in de wijken gaan kijken om te zien waar het aan ligt. De problematiek is heel divers. De crisis heeft daar ook geen goed aan gedaan. Daar hebben wij een heel pakket van gemaakt, dat net in deze Kamer is goedgekeurd. Het is niet zo dat ik denk: nou, we hebben ze; ik kijk er verder niet naar. Nee, ik vind dat wij moeten proberen met vereende krachten dat aantal terug te dringen. Daar hebben wij een hele rits maatregelen op genomen. De eerste is dat die boete per 1 juli naar beneden kan. Als een wanbetaler een boete betaalt, kan hij veel sneller eruit. Zodra hij gaat betalen, is dat al meteen een teken om eruit te kunnen. Door dat soort

maatregelen kunnen wij mensen helpen die welwillend zijn om uit hun ellende te komen.

De heer **Don** (SP):
Mijn laatste vraag over dit thema. Ik had het over die 800.000 die nog geen wanbetaler zijn maar die wel moeite hebben om de premie en het eigen risico op te hoesten, te betalen. Dat zit hem niet alleen in de hoogte van de zorgkosten, maar ook in het feit dat ze wat minder inkomen hebben. Het is dus niet alleen een zorgprobleem, maar voor een gedeelte ook een armoedeprobleem. Vanmiddag spraken wij met mevrouw Klijnsma in dit kader nog over kinderen. Mijn vraag is: zou u dit in de gaten willen houden en willen blijven agenderen binnen het kabinet?

Minister **Schippers**:
Wij houden het zeker in de gaten. Ik begon mijn antwoord met de opmerking dat iemand met een laag inkomen nu feitelijk minder betaalt dan tien jaar geleden. Dat komt voort uit het gegeven dat je dit in de gaten houdt. Bovendien hebben wij met alle verzekeraars afgesproken dat het eigen risico gespreid kan worden betaald. Nog niet zo lang geleden hebben wij tegen gemeenten gezegd: sluit een collectief contract af waarmee je voor mensen die financieel kwetsbaar zijn het eigen risico herverzekert. Daarom ben ik er tegenstander van om te zeggen dat je het eigen risico niet mag herverzekeren. Waarom niet? Er zijn groepen waarvoor het verstandig is om dat juist wel te doen. Dat zijn allemaal maatregelen die ervoor moeten zorgen dat het aantal naar beneden gaat in plaats van dat het blijft stijgen.

Ik kom op de kwaliteitsinformatie. Heb ik het voornemen om dat te evalueren? Ik ben het eens met de heer Don dat stroomlijning van de uitvraag nodig is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft nu een uitvraag van kwaliteitsindicatoren te pakken waarin alle partijen zich kunnen vinden. Wij zien in de praktijk dat het voorspelbaar is — dat is heel belangrijk — en dat het een duidelijke besluitvormingsstructuur kent. Waar er wat bij komt, gaat er ook wat van af. Dat is ook een afspraak. Het is dus geen kwestie van alleen stapelen. Bij het Kwaliteitsinstituut zijn partijen tripartite overeengekomen om te focussen op 30 aandoeningen, zodat alle partijen met dezelfde lijst werken. Dus dat zijn: de patiënten, de aanbieders en de verzekeraars. Zij werken daar gezamenlijk aan. Ik heb met de verzekeraars afgesproken dat ze, als er iets bij het Kwaliteitsinstituut wordt ingeschreven, niet nog eens eigen kwaliteitsindicatoren gaan maken van 500 behandelingen of dat soort extra eisen. Wij gaan echt toe naar een integrale aanpak en dat is een verandering ten opzichte van de afgelopen jaren. De stromen worden dus een beetje gebundeld. Bij de uitvoering van de transparantieagenda lopen partijen nog wel tegen problemen aan. Die hebben wij ook recentelijk besproken met elkaar. Ik heb toen de handschoen opgepakt. Het departement van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is ook aan de slag gegaan om een governancestructuur te ontwikkelen, in overleg met al die partijen en het Kwaliteitsinstituut. Dat voorstel biedt een duidelijker structuur voor nu maar ook voor de toekomst, zodat de administratieve lasten van de transparantie van de kwaliteit beheersbaar blijven. Alle partijen steunen dit voorstel, behalve de verzekeraars. Ik vind het erg jammer dat de verzekeraars het niet steunen, maar ik ga er wel mee door. Ik zal het Kwaliteitsinstituut dan ook de opdracht geven om deze governance uit te werken en voortvarend op te pakken.

De PROMs willen wij eigenlijk allemaal bevorderen. Partijen vanuit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda en de medisch-specialistische zorg doen daar heel veel aan. Wel zijn initiatieven vaak lokaal bepaald. Ook verschillen ze onderling. Dat is de reden dat wij dit jaar zijn gestart met de ontwikkeling van een uniform systeem voor het meten van patiëntervaringen met behulp van PROMs. Met financiering van VWS gaat de Zelfstandige Klinieken Nederland dit uniforme systeem ontwikkelen. Daarnaast is een van de acties van het Jaar van de Transparantie dat van ten minste acht aandoeningen patiëntervaringen zijn toegevoegd. Het doel is dat wij uiteindelijk alle 30 via PROMs en patiëntervaringslijst beschikbaar krijgen. De PROMs voor borst- en darmkanker worden op korte termijn toegevoegd aan de kwaliteitsregistraties. In de ggz wordt volop gewerkt aan en met PROMs. De PROMs-systematiek vormt ook het hart van de agenda van de ggz-partijen die mij is aangeboden en die ik recentelijk ook aan de Tweede Kamer heb gestuurd.

Verhouden alle inspanningen met betrekking tot kwaliteitsinformatie zich tot de constatering in het rapport van de NVZ dat patiënten deze informatie nauwelijks gebruiken? Patiënten zijn ontzettend op zoek naar informatie. Ik heb weleens gehoord — ik kon het niet zo snel checken — dat op internet het meest wordt gezocht naar medische informatie, meer nog dan naar seks. Ik zou zelf denken dat het andersom was, maar dat is dus niet zo. Het is echt ongelofelijk wat mensen opzoeken over hun aandoening. Als mensen informatie over hun aandoening willen, moeten ze niet bij vage sites terechtkomen waarbij je maar moet afwachten welke informatie daar staat. De informatie moet deugen. Dat is de hele motivatie van KiesBeter. Bij de Thuisarts maar ook bij de ZorgkaartNederland zie je ongelofelijk hoge unieke bezoekersaantallen. Ik denk dat dat alleen maar toeneemt. Wij moeten zien te bereiken dat mensen die informatie zoeken, die ook kunnen vinden en dat die informatie helder en begrijpelijk is. Je moet niet overal terecht moeten, maar via "www.kiesbeter.nl", moet je naar de Zorgkaart kunnen of naar de Thuisarts. Het moet dus een soort ingang zijn. Wij als overheid gaan geen dingen doen die anderen beter kunnen. "Thuisarts.nl" wordt door de huisartsen prima gedaan, dat gaan wij niet overnemen. Je kunt via KiesBeter wel deze sites allemaal vinden. Ik denk dat dit ongelofelijk belangrijk is en dat wij daar veel te weinig aan hebben gedaan. Ik probeer die inhaalslag echt te maken. Eigenlijk hebben wij te maken met een getrapt systeem. Mensen willen informatie over de te kiezen instelling. Daarna willen ze informatie over de artsen binnen die instelling en vervolgens willen ze informatie over de behandeling die de arts kan voorschrijven. Op alle drie de niveaus moet er informatie beschikbaar zijn.

De heer **Don** (SP):
Het brancherapport "Zorg toont" constateert iets anders. Is het wellicht toch goed om de brancheorganisatie van ziekenhuizen te vragen waarom men tot deze conclusie komt?

Minister **Schippers**:
Ik ben hierover volop in gesprek met de ziekenhuizen. De NVZ heeft zelf ook een website. Overigens vind ik het heel

mooi dat ze die hebben, maar ik zie het ook als een begin. Wat je op die website kunt vinden is tamelijk oppervlakkig. Wij willen daar ook een verdiepingsslag maken. Hoe beter wij de zoekende met zijn vraag kunnen bedienen, hoe bevredigender dit is voor degene die zoekt. Wij zijn er nog lang niet, dat ben ik met u eens. Er is echter wel heel veel initiatief. De afgelopen jaren is er veel gebeurd, maar wij zijn er nog lang niet.

De heer **Don** (SP):
U had het net over de PROMs en de transparantieagenda van 30 aandoeningen. Hebt u ook een tijdpad voor ogen? Die 30 aandoeningen zijn natuurlijk de belangrijkste, maar ik denk dat wij honderden aandoeningen kennen. Dat betekent dat er nogal wat werk te verrichten is. Ik realiseer me dat het haast een platte vraag is, maar: is er ergens een stip aan de horizon te plaatsen?

Minister **Schippers**:
Dit jaar 30, heb ik gezegd. Dat is echt heel ambitieus. In het begin dacht ik: nou, 30 … Dat klonk niet als veel. Als je je erin verdiept, realiseer je je dat wij heel veel vragen van de sector. Ik kan best begrijpen dat er mensen zijn die af en toe zuchten onder de druk die wij erop leggen. Aan de andere kant vind ik dat wij die inhaalslag moeten maken. Wij beginnen met 30. Ik heb het het Jaar van de Transparantie genoemd. Waarom? Daarmee geef ik een beetje het idee dat wij er dit jaar extra aan gaan trekken. Volgend jaar maken wij ook weer een agenda. Volgend jaar wil ik de ggz extra aandacht geven. Die wil ik dan klikken aan de medisch-specialistische zorg. Zo moeten wij er met elkaar voor zorgen dat wij in een paar jaar tijd een goed beeld krijgen. Wij zijn begonnen met de meest voorkomende, maar op een gegeven moment wordt de hele zorg inzichtelijk gemaakt. Wij hebben niet gezegd: hoe meer, hoe beter. Ik zeg altijd: waar je voor betaalt, dat krijg je. Als je voor indicatoren gaat betalen, krijg je heel veel indicatoren. Het gaat mij niet om heel veel. Dan zie je immers door de bomen het bos niet meer. Het gaat mij juist om indicatoren die daadwerkelijk iets zeggen. Die moeten wij inzichtelijk weten te krijgen.

Ik kom op het dialoogmodel. De zorg is een dialoog. Als ik bij een arts zit voor een behandeling, wil ik dat de arts mij zegt "je hebt die drie opties", gesteld dat er drie zijn, en "dit zijn de risico's en dit zijn de voordelen van de eerste, dit van de tweede; oh, muziek is de grootste passie in uw leven?; dit tast uw gehoor aan, dus kunnen wij misschien beter naar de tweede optie gaan". Ieder mens is uniek. We hebben dat niet in één malletje te gieten. Het gaat om de dialoog in de spreekkamer. Daaromheen wordt de zorg georganiseerd. Daarom vind ik ook dat je bij de behandelingen veel meer inzichtelijk moet krijgen wat een behandeling inhoudt. Ik heb daarvan prachtige voorbeelden gezien. Bij de bekkenbodemmatjes, waarmee zo veel ellende is, zie je dat een gynaecoloog in zijn vrije tijd een animatie heeft gemaakt voor laaggeletterden, die zo kunnen zien wat iets betekent. Nieuwe technologie gaat ons enorm helpen om mensen die het tot nu toe moeilijker begrijpen, mee te nemen in de beslissingen die mogelijk zijn. Ik zie daarbij enorme kansen liggen die we met elkaar moeten pakken.

De vergelijkbaarheid van polissen is natuurlijk een belangrijk iets om te kunnen kiezen. Dit jaar zijn er 71 polissen voor de basisverzekering. We hebben gevraagd of het niet wat minder kan. Volgend jaar zullen er derhalve waarschijnlijk rond de 60 polissen komen. Verzekeraars hebben dat aantal dus met 15% gereduceerd. Toch zie je die enorme aantallen. Dat komt omdat het aantal basispolissen wordt vermenigvuldigd met het aantal aanvullende verzekeringen. Daarmee kom je op het enorme aantal van 1.400. Bij de vergelijkbaarheid zijn een aantal dingen aan de orde. De AFM moet goed toezien op de vergelijkingssites. Zijn die eerlijk? Staat niet degene die het meeste betaalt, bovenaan? Dat mag namelijk niet. De AFM zal erop toezien dat het eerlijk is. Ook als een verzekeraar niet betaalt, moet hij toch bovenaan komen als hij bovenaan hoort. De AFM heeft strakkere normen en ziet daar beter op toe. Verder laten we specifiek onderzoek verrichten naar de rol en de toegevoegde waarde van collectiviteit en volmachten. Volmachten zetten als het ware de multiplier op de polissen. 60 basispolissen is gemiddeld nog geen tweeënhalve polis per verzekeraar. Dat is op zich geen heel raar getal; je moet wel iets te kiezen houden. Van een aanvullende verzekering kun je maken wat je wilt, maar we moeten toch eens bekijken of er niet enorm veel ruis ontstaat door de volmachten in plaats van dat die inzicht geven. De verzekeraars hebben in hun actieplan Kerngezond aangegeven dat ze per polis melden waarom naar hun opvatting vanuit het klantperspectief een bepaalde polis van toegevoegde waarde is ten opzichte van andere polissen. Ze hebben ook aangegeven door middel van een bijsluiter bijzondere of afwijkende voorwaarden expliciet onder de aandacht van verzekerden te brengen. Dat is belangrijk. Verzekeraars hebben verder aangegeven terughoudend te zullen zijn ten aanzien van reclame en wervingsacties en ervoor te zorgen dat kortingen niet alleen beschikbaar zijn voor aspirant-verzekerden, maar voor alle verzekerden. We zullen in de monitoring in de gaten houden of dat is gelukt. Ik moet zeggen dat het aantal spotjes van de vergelijkingssites enorm is toegenomen en dat het aantal spotjes van de verzekeraars is afgenomen. Daarbij is echt sprake van een zichtbare verschuiving. Maar goed, we zullen het in de monitor van de NZa kunnen zien.

Het zou heel mooi zijn als we de slag kunnen maken dat de effectiviteit van zorg inzichtelijk wordt gemaakt, waarbij een zorgverzekeraar kan zeggen hoeveel hersteloperaties er plaatsvinden. De verzekeraar heeft die gegevens. Daarmee kan veel meer informatie worden ontsloten dan we nu hebben. Die slag zal enorm helpen in de inzichtelijkheid van de kwaliteit. De verzekeraar heeft die gegevens. Op basis van declaratiegedrag, het aantal hersteloperaties en kwaliteitsgegevens weten ze ontzettend veel over kwaliteit. Ze stellen die informatie steeds vaker ter beschikking aan verzekerden. Bij Zilveren Kruis kun je een informatiescan laten maken van specialisten in de buurt, zodat je beter kunt kiezen voor een vervolgbehandeling. Verzekerden worden daarnaast steeds meer betrokken bij het inkoopbeleid van verzekeraars. Dat is ook belangrijk. Daarover komt ook een wetsvoorstel.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Dit thema is ook vorig jaar al uitgebreid aan de orde geweest. De ontwikkelingen op dit punt stemmen mij positief, maar ik vraag mij af of die zo positief zijn als de minister hier voorstelt. Dat het bij een aantal aandoeningen, met name operaties en orthopedische kwesties en dergelijke, objectiever kan worden vastgesteld, kan ik mij goed voorstellen. Maar wanneer het psychosociale zorg betreft, lijkt het me al veel ingewikkelder te zijn. Is er niet een hele range aan behandelingen waarbij dit soort kwaliteitsmaat-

staven niet zo gemakkelijk kan worden geobjectiveerd als de minister nu voorstelt?

Minister **Schippers**:
Laten we beginnen waar dat kan. Bij knieoperaties hebben we die inzichten niet, dus laten we daar beginnen. Ik vind het ontzettend positief dat de ggz zelf heel hard aan de slag is om het in die sector veel transparanter te maken. Samen met de NZa en de sector hebben we heel goed bekeken welke bekostiging het beste daarbij zou passen. In Engeland kent de bekostiging heel heldere start- en stopcriteria. Men behandelt niet eindeloos, maar bekijkt steeds of men zinnig bezig is en wat de meerwaarde is. Ook bij de ggz zullen we langzaam maar zeker stappen naar transparantie kunnen zetten. Ik vind het heel belangrijk dat ggz-cliënten daarin mee kunnen denken, zodat ze ook dat gesprek kunnen aangaan. Ik ben het helemaal met de heer Ganzevoort eens dat het bij de ene behandeling makkelijker is dan bij de andere, maar laten we in ieder geval beginnen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Daarmee ben ik het eens, ook met de getraptheid van het proces en het kritisch blijven volgen van wat er wel kan in dit deel van het veld en wat misschien niet. De achterliggende vraag is natuurlijk op welke manier je dat vertaalt in de sturingsmogelijkheden die verzekeraars krijgen en alles wat daarmee samenhangt. Vorig jaar hebben we de discussie gehad over de vrije artsenkeuze. Precies op dat punt is mijn vraag niet zozeer of we stappen kunnen zetten richting transparantie — volgens mij delen we dat allemaal; het is goed waar dat kan gebeuren — maar veel meer of verzekeraars nu zo veel kwaliteitsinformatie in handen hebben dat ze daarmee de sturingsmacht naar zich toe mogen trekken.

Minister **Schippers**:
In de informatiebestanden van verzekeraars zit ongelooflijk veel informatie. Daaruit kun je zeer veel halen. Ze gebruiken die volstrekt onvoldoende en zouden daarmee veel meer kunnen doen. Er is daar nog een wereld te winnen. Je moet daar ook altijd de context bij schetsen. Neem de sterftecijfers. Bij een instelling waar veel mensen overlijden omdat daar de zwaarste patiënten komen, moeten die sterftecijfers in de context gezet kunnen worden. Je ziet dat dit gebeurt. Ziekenhuizen geven zelf een toelichting waarom de sterftecijfers zo zijn. Ik vind dat eigenlijk wel heel goed. Je nodigt daarmee ziekenhuizen uit om de context weer te geven. Op het gebied van transparantie bij dit soort zaken valt echt een wereld te winnen.

Er is gevraagd of ik in meetbare termen kan aangeven wat de burger kan verwachten in 2016. We zijn al 30 jaar bezig met stelseldiscussies. Dergelijke discussies gaan altijd over stelsels, systemen, balance en power. Zoals ik in de Tweede Kamer heb gezegd, zou ik volgend jaar willen zeggen: jongens, we zijn nu zo lang bezig met de stelsels, met overhevelingen, met "heen en weer", waarom gaan we nu niet alle energie gebruiken voor praktische oplossingen? Denk daarbij aan "waar werkt het niet", "waar moet je iets aan elkaar knopen" en "hoe kan het zijn dat men elkaar niet kan vinden waar het voor de hand ligt". Laten we ervoor zorgen dat we praktische oplossingen vinden waar die nu niet naar boven komen. Ik denk dat ons systeem ruimte genoeg biedt om dat te doen. Buurtzorg heeft kunnen ontstaan in het systeem zoals we het nu hebben. Omdat mensen buurtzorg graag wilden hebben, groeit die als kool. Er wordt nu een verzekeraar opgericht die zegt: wij willen echt dat het anders wordt. Ik hoop van harte dat deze verzekeraar slaagt. Het systeem geeft daar op zich wel de mogelijkheden toe. Ik denk dat we ons moeten richten op die aspecten.

De heer **Don** (SP):
De boodschap van de minister begrijp ik. Het plan "De zorg is van ons" mogen we volgend jaar maar even wat minder bespreken, begrijp ik uit haar woorden. Ik ben het gedeeltelijk met de minister eens dat we moeten bekijken hoe een bepaald stelsel zich houdt. Als er geen grote storingen in zo'n stelsel zitten … Nou, die discussie voeren we wel een keer op een ander moment. Mijn vraag is wat de burgers ervan gaan merken. Vanmiddag dronken we even een kop koffie met de staatssecretaris. Er was even een discussie over de houding van een medewerker die met een cliënt in een bepaalde situatie terechtkomt. Die houding bepaalt soms ook de oplossing. Dit betekent ook dat er ruimte moet zijn om oplossingen te vinden. Krijgt een hulpverlener, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of een verpleegkundige in het ziekenhuis, dus de ruimte om adequaat te handelen naar aanleiding van een vraag van de cliënt in plaats van dat hij teruggrijpt op een protocol? De minister zoekt daar de oplossing in. Hoe kun je dat dan inzichtelijk maken voor de patiënt en voor de zorgvrager?

Minister **Schippers**:
Ik kom daar straks nog op terug omdat een aantal vragen daaraan raakten. We hebben een "Kafkasessie" gehouden. Ik was heel benieuwd wat daaruit zou komen. Dan worden patiënten helemaal door het systeem bekeken: waar lopen ze tegen aan? Waar liepen ze nou het meest tegen aan? Tegen de curatieve zorg. Ik had het dus in een ziekenhuis ingezet. Ze liepen het meest tegen het volgende aan. Iemand woont langer thuis. Men is wel fragieler en kwetsbaarder, maar het gaat hartstikke goed, totdat men struikelt over iets en naar het ziekenhuis gaat. Dan krijg je dat de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis weinig voor die mensen kan doen, omdat het daar niet aan ligt. Dan wordt het moeilijk voor deze kwetsbare mensen om weer terug naar huis te gaan en dan stokt het, want wie vindt dan wie? Daar kun je allerlei dingen op verzinnen, maar wij hebben gezegd: we formeren een praktijkteam en dan gaan we in elke regio er gewoon bij zitten en gaan we dingen aan elkaar knopen. We hebben de eerstelijnsverblijven. We hebben de verwardepersonenproblematiek: mensen kunnen dan nergens bij de zorg en blijven ergens op straat, terwijl we dat allemaal niet willen. Daar kun je allerlei regels voor maken en dan kun je je daarop concentreren. We hebben ook een taskforce ingesteld die bekijkt waar het in een gemeente vastloopt en waar we met elkaar de praktische oplossingen kunnen vinden. Ik kom daar straks op terug. Ik vind dat we dat in het komende jaar echt moeten doen. Ik zal er al mijn energie op richten dat we het in de praktijk gewoon laten lopen.

Gevraagd is waar meer sturing van mij kan worden verwacht. Nou, hier. In Zeeland liep het spaak. In Zeeland had iedereen ruzie met iedereen. Dat is al tijden zo. Op een gegeven moment ben ik daarnaartoe gegaan en heb ik iedereen rond de tafel geroepen en gezegd: "Jongens, dat kan toch niet? We kunnen toch niet de zorg in Zeeland door

de bodem laten zakken? Iedereen moet zijn rol hier eens pakken. Ik kom over een paar maanden terug." Zo zijn we een proces ingegaan om te bekijken wat daar nodig is. Hoe kan het dat daar twee ziekenhuizen zijn en dat die elkaar de tent uit vechten en mensen doorsturen naar België? Ja, zo gaan die ziekenhuizen wel kapot. Laten we dus eens bekijken hoe we in een krimpgebied als Zeeland, waar we blij mogen zijn als de zorg overeind blijft — dat is echt een andere situatie dan in de Randstad — ervoor zorgen dat die zorg ook daadwerkelijk overeind blijft.

Gevraagd is waar we meer sturing geven. Ik heb het Jaar van de transparantie uitgeroepen. Ik heb daar ook financiën aan gekoppeld, zodat iedereen mensen vrij kan maken om de kwaliteit van zorg transparanter te maken. Ik noem ook de huisartsenagenda. Gevraagd is hoe rekbaar de ACM is. We hebben gezien, en dat was al een tijdje het geval, dat bij de beroepsbeoefenaren de situatie bestond dat men zei: we kunnen tekenen bij het kruisje, de verzekeraar is almachtig. In 2014 heb ik met een groep ambtenaren, de NZa en de ACM verzekeraars, alle ziekenhuizen en alle eerstelijners in Nederland uitgenodigd om te bekijken hoe we het beter kunnen doen. Dat waren heel heftige, emotionele bijeenkomsten. Het systeem is niet gemaakt voor "tekenen bij het kruisje". Het systeem gaat uit van de dialoog: wat is nodig, wat kan ik leveren en wat krijg ik daar dan voor? Zo is dat gedaan. KPMG heeft in een evaluatie vervolgens twee dingen geconstateerd. In de eerste plaats heeft de verzekeraar een veel grotere machtspositie dan de individuele beroepsbeoefenaren. In de tweede plaats heeft KPMG echter ook gezegd: instellingen en ziekenhuizen hebben een veel grotere machtspositie dan verzekeraars. Als je als instelling of ziekenhuis de enige in je regio bent, dan krijg je een contract en heeft de verzekeraar weinig in te brengen. Dat zien we ook in de praktijk.

Ik heb dus twee dingen gedaan. Nee, de ACM is niet rekbaar en is niet omgegooid. Nee, we hebben twee dingen gedaan. Die disbalans moest anders. Het roer bij de huisartsen moet om. Ik speelde daarop in. Ik heb vorig jaar oktober de handschoen opgepakt. We zijn rond de tafel gaan zitten. We hebben niet gezegd: we gaan het systeem veranderen of het stelsel wijzigen. We hebben bekeken wat in de weg zit. We hebben formulier na formulier nagegaan of het iets toevoegt aan kwaliteitsinformatie. "Nee, dit is een afvinklijstje; dat doen we niet meer." Voegt dit iets toe? "Nee, dit is bureaucratie; dat doen we niet meer." Zo zijn we — daarmee bedoel ik niet de directeuren en mij, want wij hebben er allemaal geen verstand van, maar de huisartsen en de inkopers, die erin zitten, dus met de mensen die daadwerkelijk het werk doen — alles doorgeakkerd. Dat zal ik ook volgend jaar doen, en dan met andere eerstelijnswerkers, zoals fysiotherapeuten en de psychotherapeuten. Dat proces gaan we dit jaar aan met allen die ook dat proces willen ingaan om op de punten bureaucratie, kwaliteit en inkoop met elkaar te bekijken hoe we het beter in balans kunnen brengen, hoe we de professional de ruimte kunnen geven om zijn vak uit te oefenen zonder dat hij gek wordt van allerlei lijstjes. Tegelijkertijd ga ik de ACM versterken met extra geld en extra capaciteit. Tot voor kort werd alles goedgekeurd wat betreft de tweede lijn en de fusies. Er zijn nu grote dingen afgekeurd. Ik denk echt dat we daar veel harder op moeten zitten. Dat doet de ACM ook.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Dit klinkt allemaal heel positief — dat meen ik oprecht — maar tegelijkertijd zien we ook nog heel veel problemen. Ik heb in mijn eerste termijn bijvoorbeeld de problematiek rond de zorgzwaartepakketten genoemd: bepaalde patiënten en cliënten komen voor bepaalde voorzieningen gewoon niet meer in aanmerking. Dat is eigenlijk ook een bureaucratische slag van zaken die niet meer worden gefinancierd terwijl ze eigenlijk voor die patiënten gewoon nodig zijn. Hoe wordt daar in het komende jaar mee omgegaan om te voorkomen dat Nederlandse burgers in de zorg tussen wal en schip vallen? Die vraag is nog niet beantwoord.

Minister **Schippers**:
De verleiding is groot om antwoord te geven, maar volgens mij zal de staatssecretaris dat doen in zijn termijn. Bij de decentralisaties is er wel gekeken naar wat we van mensen zelf kunnen verwachten en waar de overheid moet bijspringen als mensen iets niet kunnen. Daar zal de staatssecretaris straks, in zijn termijn, verder op ingaan.

De **voorzitter**:
Mag ik gelijk even vragen hoelang u nog nodig denkt te hebben?

Minister **Schippers**:
Ik ben aardig op streek.

Ik ben bij mijn vraag 20, die gaat over de toegang van de ggz via de huisarts. Dat is een belemmering voor verwarde personen. We hebben, samen met de VNG en V en J, een taskforce op verwarde personen gezet. Die staat onder leiding van mevrouw Spies. We zijn dus met zijn drieën opdrachtgever. We zien dat de acute ggz via meerdere kanalen toegankelijk is: de huisarts, de huisartsenpost, de ambulance en de spoedeisende hulp via de politie. We zijn een heel traject aan het doen. Op papier is alles goed geregeld, maar dat wil niet zeggen dat het in de praktijk goed gaat. Die taskforce moet dus dingen naar boven halen en doet dat ook. Ik ben zelf ook bij de straatdokter geweest. Dan zie je dat ook daar alles op papier goed is geregeld. Als echter, bijvoorbeeld, iemand uit detentie komt, denkt dat hij bij zijn moeder kan gaan wonen maar van haar krijgt te horen "Jou hoef ik hier niet", dan heeft hij geen adres en geen verzekering. Dat is al het eerste probleem. Het tweede probleem dat heel erg naar boven kwam, is dat mensen die acute zorg nodig hebben, dát wel krijgen maar, doordat ze geen verzekering hebben, niet alles wat daarachter zit. Ik zeg dan: we kunnen inbewaringstelling regelen, dus waarom kunnen we niet een "inzorgstelling" regelen, waarbij je eerst de zorg levert en dan het papierwerk doet? Het derde — dit zijn overigens allerlei ideeën die we zelf hebben ontwikkeld, maar die we nog niet op papier hebben; ik ben daar nu mee bezig — is dat ik aan BZK vraag waarom je niet een soort ambulante ambtenaren zou kunnen hebben die langs die centra gaan om te zeggen: u bent niet ingeschreven, maar u sliert al twintig jaar over de straten, u bent wel een echte Rotterdammer. Dan is het zoiets als "als de berg niet tot Mohammed wil komen, dan moet Mohammed naar de berg gaan". Dan krijg je zo'n ambtenaar die dat dan op zich neemt. Dit zijn drie praktische dingen waarmee ik echt bezig ben. Ik moet daarbij zeggen dat het me tegenvalt hoe stroperig en van rubber het is. Ik ben

echter zeer gemotiveerd om te bekijken hoe we de praktijk en het papier dichter bij elkaar kunnen brengen. Ik vind dat dat echt moet.

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, die de Wet BOPZ gaat vervangen, is een heel belangrijk onderwerp. Hopelijk kunnen we die volgend jaar parlementair behandelen.

Ik heb allerlei vragen gekregen over de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage van gepensioneerden. Ik complimenteer de heer Van Rooijen met zijn degelijke voorbereiding. Bij de behandeling van het Belastingplan hebben wij het natuurlijk ook allemaal mee zitten te lezen. Er is daarbij een groot aantal vragen gesteld. De heer Van Rooijen schetst heel scherp wat er precies gaat gebeuren. Laten we het echter wel daar bespreken waar we het met elkaar afwegen. Het gaat hier niet om één maatregel. Die is inderdaad ook helemaal niet in het kader van de zorg genomen, maar in het kader van de koopkrachtafweging. Dat gebeurt altijd in augustus. Als je er één maatregel uittrekt, kun je natuurlijk altijd zeggen: die is heel nadelig voor één groep. Daar staan echter weer andere maatregelen tegenover. Dat moet je met elkaar afwegen. Aan de ene kant heb je verlaging van het ene en aan de andere kant verhoging van het andere. We zien dat de premies weer lager zijn vastgesteld dan we hadden geraamd. Dat komt neer op een extra lastenverlichting van ongeveer 0,5 miljard ten opzichte van de augustusafwegingen. Dat is toch weer mooi meegenomen. Het is echter geen zorgafweging. Het is echt een afweging in het kader van de koopkracht. En, zoals de heer Van Rooijen ook goed schetste, ziet het amendement op artikel 104, lid 1, van de Grondwet dat hij destijds samen met de heren Nijpels, Wöltgens, Brinkhorst, Abma en Verbrugh heeft ingediend, op belastingen. Ik zou in overweging willen geven dat ik de wet niet ga veranderen en dat het dus met initiatiefwetgeving zal moeten gebeuren. Als je de wet verandert, kun je haar ook niet aan de andere kant bijstellen. In augustus maken we de koopkrachtafwegingen. Als je ergens een minnetje hebt, kun je ergens anders nog een plusje incasseren. Je moet wel knoppen houden om aan te draaien. Ik heb hier een heel betoog voor me, dat ik niet zal houden, omdat de heer Van Rooijen er heel goed in zit. Eigenlijk bevestig ik dat alleen maar.

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):
Mijn punt is niet zozeer welke percentages structureel of eenmalig worden afgewogen volgend jaar, maar of de minister nog eens met ons de discussie wil voeren. Die zal primair aan de overkant moeten plaatsvinden overigens. De discussie moet dan gaan over de vraag of de wijziging van percentages die tot 1% gaan of eventueel een verhoging van de grens van €53.000, bij wet of bij AMvB kunnen plaatsvinden in plaats van dat de minister dat zelf doet, en dan ook nog even bekijkt of er een motie komt die al dan niet wordt aangenomen. Het is geen belasting, dus het artikel uit de Grondwet is niet van toepassing. Dat heb ik ook al gezegd. Het zit echter dicht bij een soort heffing die dicht bij belasting zit. De minister zou de premie volgend jaar weer met 1% kunnen verhogen en die hele bandbreedte kunnen opheffen. Dat levert dan 600 miljoen op voor de minister en de ouderen zijn dat dan structureel kwijt. Ik vind dat democratisch niet goed.

Minister **Schippers**:
Ik zou de premie ook kunnen verlagen, omdat dat op dat moment in de koopkracht goed uitkomt. De beoogde verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage is gemeld in de Miljoenennota, de begroting van VWS en de begroting van Sociale Zaken. Bij alle behandelingen van die onderwerpen — de Algemene Politieke Beschouwingen, de Algemene Financiële Beschouwingen en de begrotingsbehandelingen — kunnen moties ingediend worden als het niet gewenst is of als men het anders wil. Het is dus niet zo dat wij dat als een dictaat voorschrijven. Dat kan in de parlementaire behandeling van de Miljoenennota gewoon gewijzigd worden.

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):
Dank voor de toelichting. Het viel mij als nieuweling op dat men in geen van de drie commissies in deze Kamer op de hoogte was van het feit dat de minister het besluit de dag nadat ik het aan de orde stelde in de Kamer in de Staatscourant plaatste. Staatssecretaris Wiebes heeft in de antwoorden keurig aan ons uitgelegd hoe dat hele proces gaat. Dat behelst pagina's toelichting. Dat is voor iedereen goed, maar de vraag blijft staan. Vindt de minister het democratisch niet beter om het per wet of per AMvB te regelen? Dan kan de Kamer altijd bekijken of zij er iets mee wil of niet. Het moet wat mij betreft niet met alleen maar een besluit van de minister plaatsvinden.

Minister **Schippers**:
Ik zie dat anders. Ik zie het als integrale besluitvorming over de koopkracht. Men kan bij de Financiële Beschouwingen of bij de begrotingsbehandelingen waar het over de koopkracht gaat, zeggen dat men het er niet mee eens is, dat ouderen meer koopkracht moeten hebben en dat het verlaagd moet worden. Dat kan. Ik vind dit echt een koopkrachtdiscussie. In dat kader wordt het integraal afgewogen. Dan heb je plussen en minnen die integraal afgewogen worden.

De **voorzitter**:
U hebt nog een tweede termijn, mijnheer Van Rooijen.

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):
Ik heb alleen een korte aanvulling. Toen de Ziekenfondswet werd afgeschaft, is er heel zorgvuldig naar gekeken. Toen is besloten om de bestaande bandbreedte integraal te handhaven. Die is ook lang gehandhaafd, maar nu wordt het ineens een speelbal van koopkrachtplaatjes. Het gaat mij erom dat er heel lang een vast verschil was tussen het lage en het normale tarief. Dat was mijn punt.

Minister **Schippers**:
Ik stel er ook belang in dat er knoppen blijven om aan te draaien om de koopkracht bij te plussen of juist niet. Ik wil graag iets aan de koopkracht kunnen doen. Dit is een knop die daarvoor gebruikt wordt.

☐

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Voorzitter. De heer Van Hattem zei het als volgt: "De begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een

van de pijlers in onze verzorgingsstaat. Een verzorgingsstaat die Nederlandse staatsburgers met hard werken hebben opgebouwd en waarvoor zij hun leven lang keurig premies afdragen, en waarvan zij de gerechtvaardigde verwachting koesteren dat ze erop terug kunnen vallen als zij onverhoopt zorgbehoevend worden." Laat dat nu precies het uitgangspunt van de regering zijn, maar wel in het besef dat die taakstelling en doelstelling in de toekomst moeten worden gerealiseerd onder tamelijk gewijzigde omstandigheden. We zullen de komende periode meemaken dat er twee keer zo veel ouderen komen. We zullen meemaken dat zij volstrekt andere wensen hebben dan in het verleden tot uitdrukking werden gebracht. Zij hebben andere wensen omtrent wonen en zorg, de eigen keuzes die zij willen maken en de hoeveelheid techniek die zij in hun nieuwe situatie willen gaan gebruiken.

Er zijn ook gewijzigde financiële omstandigheden, ook individueel. De langdurige zorg en de AWBZ werden geïntroduceerd in een tijd dat er nog maar weinig sprake was van pensioen. Nu leven we in een tijd dat mensen op basis van hun vroegere inkomen een zeker pensioeninkomen hebben. Maar ook vandaag zijn er nog steeds mensen die een heel bescheiden inkomen hebben, waarbij de last van de zorgkosten zeer zwaar op hun budget drukt, en waarbij de premies die men betaalt voor de langdurige of curatieve zorg of het eigen risico een zeer zware wissel trekken op het inkomen, zeker als zij meerdere monden te voeden hebben. Dat betekent dat het streven naar kostenbeheersing en de verandering van de zorg ongelooflijk noodzakelijk zijn. Het waarborgen van goede zorg vereist namelijk niet dat we op dezelfde manier doorgaan, maar dat we een aantal keuzes maken die zeer van belang zijn voor de toekomst.

Als we spreken over de verzorgingsstaat, kan ik met de beste wil van de wereld niet constateren dat die aangetast wordt. Mevrouw Barth memoreerde daaraan. Laten we even kijken naar de uitgaven voor de langdurige zorg. In 2013 gaven we ongeveer 27,5 miljard uit. In 2015 komen we iets boven de 28 miljard uit. In 2017 komen we ook nog boven de 28 miljard uit. Dan kunnen we toch niet tegen elkaar zeggen dat de verzorgingsstaat ter discussie staat?

Wat betreft de verzorgingshuizen constateren we nog steeds dat ongeveer 80% van de mensen met ouderdomsklachten gewoon in de thuissituatie woont. Als we de laatste vijftien jaar bij de beschouwing betrekken, zien we dat de vraag naar verzorgingshuisplaatsen ongeveer is gehalveerd, terwijl het aantal mensen dat 80 jaar of ouder is, is verdubbeld. Dat is een kenteken van het feit dat we rekening moeten houden met andere wensen. Voor de wijkverpleegkundige zorg, die nu vanuit de Zorgverzekeringswet wordt betaald, is in 2016 een budget van 3,3 miljard in plaats van 3,1 miljard. Dat is een budget dat in 2016 180 miljoen hoger is. Het beschermd wonen kent een budget van 1,4 miljard, waarop geen korting heeft plaatsgevonden. Kortom, we moeten inderdaad veranderen in de zorg en in de langdurige zorg om kwalitatief goed te kunnen reageren op nieuwe wensen en andere mensen. We moeten op de betaalbaarheid letten voor mensen met een smalle beurs, die straks de zorg anders niet meer kunnen betalen. Er is noodzaak voor die veranderingen.

Ik denk ook dat we discussie krijgen over de vraag wat dit voor de samenleving betekent. De heer Van Hattem noemde het voorbeeld dat de caissières bij Albert Heijn ook gaan opletten. Ik vind het niet zo gek dat, in en tijd waarin ouderen langer thuis wonen en participeren in de samenleving, als een ouder iemand voor de tweede keer met twintig rollen beschuit in zijn karretje bij de kassa staat, iemand zich over hem ontfermt en gewoon eens vraagt of het nog wel goed gaat. Als iemand vergeet te betalen, kan hij ten onrechte beschuldigd worden van diefstal, terwijl er misschien iets heel anders aan de hand is. Ik vind het goed dat we in een betrokken samenleving ook een beroep doen op anderen dan alleen de professionele zorg. Ik vind dat alleen maar toe te juichen.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Vanuit de menselijke maat is dat altijd toe te juichen. Zo simpel is het in beginsel, maar de zorg moet er wel echt zijn voor degenen die dat nodig hebben. Die zorg moet ook voldoende toegankelijk zijn. We moeten helaas constateren dat er op dit moment meer dan 60.000 verzorgingshuisplekken niet meer gefinancierd worden. De keuzemogelijkheid om naar een verzorgingshuis te gaan, is er in veel mindere mate. Men moet aan veel hogere zzp-normen voldoen om er überhaupt binnen te mogen komen. Vroeger konden mensen er op een bepaalde leeftijd voor kiezen om erheen te gaan, ook al hadden ze nog geen klachten. Als de klachten kwamen, waren ze al veilig onder de pannen. Die keuze is nu uitgekleed. Die veilige optie wordt overboord gegooid. Men wordt gedwongen om langer thuis te wonen. Winkels als Albert Heijn en anderen in de samenleving worden gedwongen om mensen op te vangen. Dat is naar mijn idee een verkeerde insteek. Waarom schetst de minister iets wat een noodzaak is in plaats van een wens zo positief?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Daarmee constateer ik dat mensen de afgelopen vijftien jaar — laten wij de laatste twee jaar even ervan af halen — er zonder enig beleid in toenemende mate voor kozen om niet naar een verzorgingshuis te gaan, maar langer thuis te blijven. Als je nu naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis gaat en aan de mensen vraagt op welke leeftijd zij daar gekomen zijn, is het antwoord meestal: boven de 75. Vijftien jaar geleden schreef je je in voor een bejaardenhuis als je tegen de 60 aanliep. Die situatie is echt veranderd. Dit betekent dat verzorgingshuizen ook veranderen. Verzorgingshuizen worden soms automatisch verpleeghuizen. Soms worden verzorgingshuizen omgebouwd tot nieuwe woonzorgcentra, waarin appartementen worden gerealiseerd om zorg aan huis te laten plaatsvinden. Soms wordt een verzorgingshuis inderdaad gesloten omdat de zaak zo oud is, er meerbedkamers zijn die wij niet meer willen of omdat het bed niet meer in de lift kan. Wij moeten de zorg dus ombouwen om rekening te houden met de veranderende wensen van mensen. Dit is juist erop gericht om de zorg ook in een veranderende, verouderende samenleving met andere financiële condities te blijven garanderen voor de mensen die zorg nodig hebben. Daar zijn wij in Nederland trots op. Wat mij betreft moeten wij daar ook trots op blijven.

De **voorzitter**:
Kort graag, mijnheer Van Hattem.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Een veranderende samenleving is weer zo'n generalisering. Alsof iedereen de wens heeft om langer thuis blijven wonen of iedereen de keuze heeft om langer thuis te blijven wonen. Dat is niet zo. Veel mensen willen gewoon de veiligheid en geborgenheid van een verzorgingshuis op kunnen zoeken. Die keuze wordt in steeds mindere mate mogelijk gemaakt, juist omdat mensen pas in een veel later stadium voldoen aan het zorgzwaartepakket. Hetzelfde geldt voor het beschermd wonen. Het gebeurt nog steeds dat jongeren die bijvoorbeeld psychische problemen hebben en meerderjarig zijn geworden, uit het beschermd wonen moeten en niet meer thuis terecht kunnen. Zij vallen tussen wal en schip. Welke oplossing is er voor die jongeren, zodat zij niet meer in de daklozenopvang of op straat terechtkomen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
In de discussie lijkt het erop alsof in de nieuwe situatie helemaal geen zorg meer is. Ik heb gewezen op de hoeveelheid budget. Dat geld is nog steeds beschikbaar voor de verpleging en de verzorging. Er is ook budget beschikbaar voor beschermd wonen en voor de wijkverpleging. Dat laatste gaan wij de komende periode intensiveren. Want inderdaad, als mensen langer thuis blijven wonen, zal in sommige gevallen ook meer zorg verstrekt moeten worden in de thuissituatie. Als je kijkt naar het totaal van de hoeveelheid middelen die wij de komende jaren beschikbaar hebben voor de zorg, kun je met de beste wil van de wereld niet spreken van een afbouw van de verzorgingsstaat. Dan zien wij eerder nog groei, met name gericht op de mensen die thuis wonen, dan een afbouw.

De **voorzitter**:
Tot slot op dit punt, mijnheer Van Hattem.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Nu komen wij eigenlijk tot de essentie. De staatssecretaris spreekt over het budget dat beschikbaar is voor bijvoorbeeld beschermd wonen. Maar de mensen moeten wel eerst toegang krijgen tot dat budget. De toegang tot die budgetten wordt verder ingeperkt. Naar mijn idee is dat de essentie van het probleem.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik kom daar straks op in antwoord op de vragen van de heer Don. De essentie is nu juist dat wij de zorg dichter bij de mensen willen brengen. Wij willen meer rekening houden met de persoonlijke omstandigheden. Wij delen mensen niet in zorgzwaartepakketten in, waarna zij een onbegrijpelijke brief krijgen waarin staat dat zij recht hebben op 2,4 uur begeleiding. Wij gaan bekijken wat er echt aan de hand is. Wij gaan weer met de mensen praten. Wij willen weer kunnen vragen: wat is voor jouw situatie het beste? Het is mooi dat wij in het nieuwe zorgsysteem juist weer meer ruimte maken voor professionals, meer ruimte voor gesprek en meer ruimte om rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden.

Ik ga nu nog even in op een specifieke vraag van de heer Van Hattem over de mogelijkheid om thuis te sterven. Ik ben het zeer met hem eens. Ik ook signalen gekregen dat dit niet mogelijk zou zijn. Dat hebben wij onmiddellijk rechtgezet, want het is wel mogelijk. Als je nu in een instelling zit en de wens uit om thuis te sterven, is dat gewoon mogelijk onder de bestaande regels. Wij hebben inmiddels bij het CIZ gevraagd om dat nog verder te verduidelijken. Daar kan geen misverstand over bestaan; ook niet tussen ons, denk ik.

De heer Don vroeg of er voldoende ruimte is voor nieuwe kwaliteit in het geheel van de langdurige zorg. Is er voldoende ruimte voor de professional voor de nieuwe kwaliteit en voor het rekening houden met de persoonlijke omstandigheden? Ik denk het wel. Wij hebben de gemeenten meer ruimte gegeven om voor zorg en ondersteuning in de thuissituatie, rekening houdend met persoonlijke omstandigheden, tot passende voorzieningen te komen. De indicaties in de zorgzwaartepakketten zijn daar afgeschaft. De gemeente kan dit dus doen met werkteams of met de "keukentafelgesprekken", zoals dat heet. Ik wilde eigenlijk zeggen "zoals dat zo mooi heet", maar ik heb altijd een beetje moeite met die term. Dit geldt ook voor de wijkverpleging. Wij hebben ervoor gezorgd dat de wijkverpleegkundige weer zelf kan indiceren, zodat zij of hij het vak weer terugkrijgt en weet wat hem of haar te doen staat in de thuissituatie. De wijkverpleegkundige kan dus zelf indiceren. Die beweging geldt ook voor de instellingszorg. Wij praten niet alleen over de toegang tot de zorg, maar wij bieden ook ruimte tot overleg tussen de cliënt en de instelling over wat nou in dit geval precies goede zorg in die instelling is. De ene dag is dat zes uur en de andere dag twee uur. Daarbij moet je veel meer rekening houden met de activiteiten die daar plaatsvinden om de kwaliteit van leven te borgen. Wij maken dus letterlijk en figuurlijk ruimte in regelgeving, zodat de professional meer ruimte krijgt om samen met de cliënt te bekijken wat in zijn of haar situatie nu het beste is.

Dat gaat niet van de ene dag op de andere. In het stelsel dat in 30 of 40 jaar gegroeid is, zijn wij gewend aan heel veel regeltjes, heel veel verantwoording en heel veel protocollen. De bejegening wordt dus belangrijk. Staat de gemeente naast de mensen of tegenover de mensen? Vinden er goede gesprekken plaats of leidt dit tot rechtszaken die wij zouden moeten betreuren? Het antwoord laat zich raden. Slagen wij erin om inderdaad elkaar in de ogen te kijken en te vragen: wat kun je zelf betekenen en wat kunnen wij betekenen? Slagen wij erin om de onbegrijpelijke brieven af te schaffen? Wij zijn er nog lang niet, maar ik zie wel dat er ruimte is in de regelgeving en dat die meer en meer wordt benut. Op elk werkbezoek zie ik slechte voorbeelden maar ook even zo vele goede voorbeelden.

De heer **Don** (SP):
Staatssecretaris, ik herken uw woorden. Ik zie ook dat u ze probeert waar te maken, maar de gemeentelijke praktijken zijn soms echt nog heel anders. Ik ga hier niet dieper op in, want ik moet ook een beetje aan de tijd denken. Ik sluit mij aan bij wat mijn voorganger, de heer Van Hattem, zei. Er blijft een gat tussen wat wij wenselijk vinden en wat wij in de praktijk terugzien. U hebt er aandacht voor. Wij zullen er ook aandacht voor blijven hebben. Het gat is soms echt veel groter dan wij hier zien.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat ben ik in zekere mate met de heer Don eens. Wij kiezen voor het maken van ruimte in de regelgeving. Wij geven gemeenten dus de ruimte om rekening te houden met persoonlijke omstandigheden. Wij geven wijkverpleegkundigen de ruimte om zelf tot indicaties te komen. Wij geven instellingen de ruimte om goede afspraken te maken met cliënten en hun verwanten over de zorg die daar verleend wordt. Die ruimte moet natuurlijk wel goed benut worden. Je zult heel goede voorbeelden zien en ook heel slechte voorbeelden.

In de komende periode moeten wij dus niet zeggen: de regels zijn veranderd en we zien wel. Nee, dan zien we het niet. Wij moeten ervoor zorgen dat de goede voorbeelden navolging krijgen, uitgevent worden en in het zonnetje worden gezet en dat de slechte voorbeelden worden aangesproken. Dan zeggen we: zo moet het niet. De heer Don heeft gezien dat er rechtspraak is die leidt tot jurisprudentie. Tegen een gemeente wordt bijvoorbeeld gezegd: je moet het onderzoek zorgvuldiger doen. Ik geef dus aan alle wethouders mee dat er jurisprudentie is waar zij rekening mee moeten houden. Er zijn ook goede voorbeelden overal in den lande. Daarom zeg ik tegen de wethouders: kijk daar eens naar, want misschien is dat ook van toepassing op jullie gemeente. Dat zal de weg zijn die wij in 2016 moeten afleggen. Wij moeten ons niet afvragen of de regels wel kloppen, maar wij moeten juist ervoor zorgen dat de regels in de praktijk gaan werken zoals ze bedoeld zijn. Dat zei de minister ook al. Het gaat uiteraard niet om de regels, maar om de toepassing. Dat ben ik zeer met de heer Don eens.

De heer Don vroeg ook nog naar het belang van de afspraken die wij gemaakt hebben voor de thuiszorg en de huishoudelijke hulp en waarom dat nu plaatsvindt. Ik denk dat die afspraken uitermate van belang zijn. Bij de huishoudelijke hulp moeten wij de zware zorg wat uit de wind houden. Wij moeten er namelijk rekening mee houden dat er in de toekomst een zwaardere zorgvraag zal zijn. Het is dan niet onredelijk om juist bij de huishoudelijke hulp te vragen hoe het samenspel moet zijn. Wat kun je zelf opvangen en betalen en wat niet? Waarvoor moet je dus zorg van de gemeente krijgen?

Het is misschien nog belangrijker om te praten over het perspectief. Praten wij alleen over de huishoudelijke hulp of moeten wij de ondersteuning thuis in een breder perspectief bezien? Wij moeten niet alleen maar praten over huishoudelijke hulp, want het gaat ook om begeleiding of andere diensten die mensen die thuis wonen juist ondersteunen. Daarom vind ik het heel belangrijk dat wij met de bonden een afspraak hebben kunnen maken over het gezamenlijke perspectief. Ik denk dat het erg wezenlijk is dat wij niet tegenover elkaar, maar naast elkaar staan en dat wij dat perspectief in de komende periode gaan ontwikkelen.

Wij hebben nog twee extra zaken afgesproken. Wij moeten die ontwikkeling laten plaatsvinden zonder afwenteling op de arbeidsvoorwaarden. Er moet fatsoenlijk werk tegen fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden plaatsvinden. Partijen moeten ook verantwoordelijk marktgedrag tonen. Het moet geen race to the bottom zijn, maar wij moeten fatsoenlijke voorwaarden afspreken. Het is misschien nog belangrijker dat de partijen, de gemeenten, de werkgevers en de werknemers van plan zijn om dat perspectief de komende periode te gaan uitwerken. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de stap is gezet dat organisaties van werknemers en werkgevers met de gemeenten en gesteund door het Rijk gezamenlijk aan dat nieuwe perspectief voor de thuisondersteuning gaan werken.

De heer Don vroeg mij om nog even te bespiegelen op de uitzending van Nieuwsuur over persoonsgebonden budgetten. Ik had eigenlijk verwacht dat hij zelf die bespiegeling over persoonsgebonden budgetten zou geven. Ik heb het plan van de SP nog even gelezen. Daarin heb ik niet gevonden dat er een grote liefde voor het persoonsgebonden budget in staat, maar misschien kan de heer Don dat nog even toelichten.

De heer **Don** (SP):
Een uitdaging van de staatssecretaris …

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik begrijp dat u het zo ziet.

De **voorzitter**:
Mijnheer Don, u gaat die uitdaging nu toch niet aan, gezien de tijd?

De heer **Don** (SP):
Heel kort.

De **voorzitter**:
Oké.

De heer **Don** (SP):
We zullen er op een ander moment over spreken. Persoonsgebonden budgetten zijn ook voor de SP een groot goed, maar er moet altijd een goede afweging aan voorafgaan tussen zorg in natura of het persoonsgebonden budget. Ik kan de uitzending van gisteren niet helemaal op zijn waarde beoordelen. Ik heb deze gezien, maar ik heb mij er verder niet goed in verdiept. Deze is wel uitermate pijnlijk voor de Sociale Verzekeringsbank, die met de uitvoering van de pgb's belast is. Ik krijg een klein hikje als wethouders zeggen: geef het ons maar. Ik weet niet of dat zo makkelijk werkt bij gemeenten, gezien de lastige inkoopprocessen en andersoortige processen waar zij middenin zitten. Ik ga ervan uit dat de staatssecretaris de uitzending zelf ook heeft gezien en nog eens kritisch bekijkt wat er aan de hand is.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik herken bij de heer Don een uitermate voorzichtige houding ten aanzien van wat er verder moet gebeuren met die pgb's en die kan ik wel waarderen. Laten we even vaststellen waarom we de operatie rond het persoonsgebonden budget en de trekkingsrechten hebben bedacht. Dat was juist omdat we constateerden dat het zomaar storten van geld op rekening van budgethouders grote problemen met zich bracht. Allereerst voor de budgethouders in termen van verantwoording achteraf en vooraf en van terugvorderingen. Er was ook sprake van oneigenlijk gebruik en misbruik waar de budgethouder vaak niets aan kon doen, maar

waarbij allerlei bureautjes zich meester maakten van het budget, zonder dat het leidde tot goede zorg voor de mensen om wie het ging.

Bij de invoering van het systeem was het onmiskenbaar lastig voor de gemeenten om op tijd informatie aan te leveren, voor de budgethouders om de rekeningen te controleren en voor de zorgverleners om te declareren. Het is heel logisch is dat er binnen dit systeem wordt betaald op basis van declaraties, maar dat heeft wel tot allerlei problemen geleid. Dat heeft weer geleid tot allerlei maatregelen zodat de betalingen konden plaatsvinden. We constateren nu dat de situatie sterk is verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Gemeenten hebben, met de nodige druk, de informatie op tijd aangeleverd. De betalingen zijn grosso modo goed op tijd. De informatievoorziening aan de budgethouders is ook verbeterd.

Zijn we er al? Nog lang niet. Samen met de Tweede Kamer hebben we ook geconstateerd dat er nog een groot aantal verbeteringen noodzakelijk en mogelijk zijn. Te denken valt aan vereenvoudigingen zodat het beter wordt voor de budgethouder. Misschien moeten we nadenken over vereenvoudiging, uniformering en standaardisering. Daar staat weer tegenover dat de gemeenten liever meer beleidsruimte willen dan standaardisering en uniformering, omdat zij aan meer knoppen willen kunnen draaien. De budgethouders willen daar liever wat voorzichtig mee zijn, want als je aan te veel knoppen draait, wordt het heel lastig in de uitvoering.

Ik wou dat het waar was, maar een makkelijk verhaal over de pgb's bestaat niet. De lijn die we steeds hebben gehanteerd, is om er eerst voor te zorgen dat we een goede jaarovergang krijgen en dat mensen die betaald moeten worden, ook zo goed mogelijk betaald worden. Dat zal nog best een hele hijs zijn. Tegelijkertijd gaan we in 2016 werken aan verdere verbeteringen, vereenvoudigingen, soms uniformering en standaardisering, meer ruimte voor gemeenten om beslissingen te nemen op de manier zoals de Sociale Verzekeringsbank dat doet. We moeten niet elkaar de schuld geven, maar constateren dat we met alle partners in de keten — gemeenten, budgethouders, het Rijk of de Sociale Verzekeringsbank — gezamenlijk tot eenvoudige oplossingen moeten komen. Daarvoor hebben we ook een aantal voorzieningen getroffen. Ik ga ervan uit dat dit niet het laatste debat is dat wij over de persoonsgebonden budgetten zullen hebben, maar ik constateer wel dat we heel voorzichtig en zorgvuldig moeten opereren. We moeten eerst de betalingen waarborgen en daarna inderdaad de slag maken naar vereenvoudiging en verbetering, vooral in de ogen van de budgethouder.

Tot slot van mijn termijn: ik heb geprobeerd nog een keer aan te geven waarom de hervorming van de langdurige zorg nodig is. De redenen daarvoor zijn de kwaliteit en betaalbaarheid. Dat brengt grote veranderingen met zich. Daarover hebben wij ook in deze Kamer uitgebreid gesproken, maar de noodzaak ervan is ook hier bevestigd. We hebben daar diepgaande discussies over gevoerd. Het is bijzonder om aan het eind van dit overgangsjaar verantwoording af te leggen over hoe het is gegaan en wat de plannen voor het komend jaar zijn. Laat ik de hoop uitspreken dat de door deze Kamer onderschreven noodzaak van die verandering in 2016 ook voor burgers zal leiden tot een merkbaar betere gezondheidszorg op langere termijn.

Daarbij zullen we vooral heel praktische oplossingen moeten vinden voor problemen die zich eventueel voordoen.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan zijn we nu toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer.

☐

De heer **Van Hattem** (PVV):
Voorzitter. De minister ging er heel snel doorheen, maar ik kom toch nog even terug op een paar punten. Het eerste punt is dat asielzoekers vergoedingen krijgen voor de kosten van de gezondheidszorg. Het basispakket wordt voor hen volledig vergoed en is zelfs uitgebreider. De minister zegt dat dit uit de begroting van V en J komt, dus dat dit punt eigenlijk niet ter zake is. Het is wel zo dat die asielzoekers ook daggeld krijgen, waar zij het zelf uit kunnen bekostigen. Laten we wel wezen, het is allemaal belastinggeld.

De minister gooit het nu op de financiering, maar los daarvan zit er een stuk ongelijkheid in. Daarom vind ik het juist voor deze begroting van belang. Er is ongelijkheid tussen wat vergoed wordt voor asielzoekers, die het als gratis pakket krijgen aangeboden, en uitgebreider nog, met aanvullende eisen, zoals tandartskosten, fysiotherapie, rollators et cetera, terwijl de Nederlandse staatsburgers ervoor moeten betalen. Dat is een vorm van ongelijkheid die onwenselijk is en daarom is dit voor deze begroting wel degelijk van belang.

Een ander punt, waar ik in eerste termijn ook op in ben gegaan, is dat aan die asielzoekers niet eens wordt gevraagd of zij nog beschikken over eigen vermogen of eigen geld. Als je als Nederlands staatsburger meer inkomsten hebt dan boven een bepaalde waarde, dan ontvang je geen zorgtoeslag en kun je alles zelf bekostigen. Daar zit ook een ongewenste ongelijkheid in.

Dat geldt ook voor de illegalen. De minister zegt dat in deze situatie gewoon vergoed moet worden wat nodig is en dat daar een regeling voor is. Blijft dat ook gelden voor niet-acute zaken, zoals dieetadviezen en mondprotheses? Kan de minister niet zeggen: dat is te gortig, daar stoppen we mee?

Een ander punt is een verhoogd risico op infectieziekten bij asielzoekers. De minister zegt dat er extra screening plaatsvindt, maar niet alle groepen worden strenger gescreend. Bepaalde screenings worden niet uitgevoerd bij personen van wie wordt verondersteld dat het Syriërs zijn, maar we weten inmiddels dat er volop valse paspoorten in omloop zijn. Het kan zomaar dat iemand uit een heel ander land komt dan Syrië en een besmettelijke infectieziekte met zich draagt die misschien niet zo veel voorkomt in Syrië, maar wel in andere landen. Er moet ook oog zijn voor die risico's. Die mensen moeten niet zomaar Nederlandse verzorgingshuizen binnen kunnen lopen om daar van recreatieve voorzieningen gebruik te maken.

Een ander punt is het preferentiebeleid. De minister gaf aan dat als iemand een medicijn echt nodig heeft, op doktersvoorschrift, er een vermelding komt dat hij het bij de apotheek zou moeten krijgen. Afgelopen weekend stond er een artikel in de Telegraaf, met als kop "Patiënten krijgen

medicatie opgedrongen". Daarin staat vermeld: "Zelfs een recept van de huisarts of specialist volstaat niet in alle gevallen. Soms wordt door de apotheker gedreigd dat er moet worden bijbetaald. Apothekersorganisatie KNMP bevestigt de geschetste gang van zaken." Herkent de minister dit beeld, zoals dat in de krant is weergegeven, of weerlegt zij dat? Zo ja, wat gaat zij eraan doen?

Tot slot. In de begroting van VWS wordt opgemerkt dat zaken in de zorg veel dichterbij georganiseerd moeten worden. Daarbij wordt de bal eigenlijk bij de gemeenten neergelegd, die daar onvoldoende middelen voor hebben. Die spanning blijft erop zitten. Dit zorgpunt zullen we de komende jaren dus vaker aan de orde stellen.

De VVD-fractie vroeg in mijn eerste termijn wat mijn alternatieven zijn. Ik zal ze nogmaals benadrukken. Nu kan ik er iets rustiger bij stilstaan. Het gaat om het aanpakken van verspilling, fraude, onnodige regels en overhead, het scheiden van zorgkosten en woonkosten en het werken met kleinere instellingen. Deze zaken kunnen allemaal schelen op de zorgkosten in Nederland. Dat lijkt me een heel wenselijke weg om in te slaan.

☐

De heer **Don** (SP):
Voorzitter. Ik dank de minister en de staatssecretaris. Ik zal het kort houden. Het is onze laatste werkdag, maar er moet nog het nodige gebeuren. Ik heb een aantal vragen gesteld en ik heb daar goed antwoord op gekregen.

Ik pak er even een paar dingetjes uit. Ik heb begrepen dat het eigen risico, de toegang tot de zorg en de financiële problemen aandachtspunten blijven voor de minister. We zullen dit ook goed blijven volgen. Toegang tot zorg is namelijk een heel groot goed.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is genoemd als voorbeeld van de wijze waarop je met rapportages, of beter gezegd met kwaliteitssystemen en kwaliteitsindicatoren kunt omgaan. Dat had ik al eerder ergens anders gehoord. Het lijkt me goed om daaraan een voorbeeld te nemen.

Ik neem aan dat we de PROMs (Patient Reported Outcome Measures) zullen terugzien in de brieven over Kwaliteit loont. De minister heeft deze geadresseerd en ze zijn nog eens extra onder de aandacht gebracht.

Ik hoorde bij de minister wel af en toe een beetje gemopper over de verzekeraars. Dat herkennen wij natuurlijk. Verzekeraars blijven eigenstandige private organisaties die soms eigen keuzes maken.

Ik heb de minister horen praten over de ambulante alternatieven voor ggz-cliënten op straat en het model van de ongevraagde spoedzorg. Dat is een model, maar de minister bekijkt verschillende modellen. Daar zal een advies uitkomen. Dat zullen we blijven volgen. Dat zal ik ook zeker blijven doen met mijn andere pet, die van het Leger des Heils.

Ik heb de staatssecretaris horen spreken over de ruimte die de professionals zelf moeten zoeken in relatie tot cliënten. Daar sprak de minister ook over. Voor de zorgvragers zal dit volgend jaar ook zichtbaar moeten zijn. Het gaat erom dat zij wat meer zicht krijgen op hun zorg en dat de zorg beter op maat geleverd kan worden.

We hebben ook nog gesproken over de Sociale Verzekeringsbank, die een punt van aandacht blijft voor de staatssecretaris. We zullen het verder volgen.

Ik sluit af met u allen goede feestdagen toe te wensen.

☐

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):
Voorzitter. Ik dank de minister voor haar korte maar heldere antwoord. Ze had misschien een langer exposé kunnen houden, maar daar heeft ze van afgezien. Ik zal er ook van afzien.

Ik vind het verhelderend, hoewel ik het al wel vermoedde, dat de minister toegeeft dat er naast het gekaart over de schijftarieven en heffingskortingen binnen het Belastingplan, ook wordt gekaart over de inkomensafhankelijke premie. Deze is formeel geen rijksbelasting en valt dus ook niet onder artikel 104, het amendement-Van Rooijen c.s. van destijds. De minister kaart dus elk jaar met drie ministers over de ouderenkorting — die zit ook in het Belastingplan — en de bandbreedte tussen het werkgeverstarief en het tarief voor zelfstandigen en gepensioneerden, dat lager is. Er wordt besproken of het naar beneden of naar boven wordt gebracht en of een en ander eenmalig of structureel is. Die spelletjes hebben we nu ook gezien. Laat ik het wat formeler zeggen: we hebben die bewegingen gezien. Die zullen wellicht volgend jaar ook weer komen. Wij vinden dat geen goede zaak. In de Ziekenfondswet was er een standaardverschil en dat willen we graag houden. We nemen de suggestie van de minister ter harte om na te denken over een initiatiefwetsvoorstel. Het gaat om een wet of een AMvB en dus niet om een ministeriële regeling van drie ministers. Dit zullen we serieus overwegen. Anders blijven we de komende jaren een beetje een speelbal in die spielerei. Het is namelijk een heel gemakkelijke manier om alleen ouderen te treffen. Ik zie het niet gauw gebeuren, maar de minister zei wel dat het ook naar beneden kan. Als de minister dat volgend jaar doet, is dat een mooi kerstcadeau voor de ouderen.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik denk dat we vrij snel klaar kunnen zijn.

☐

Minister **Schippers**:
Voorzitter. De heer Van Hattem liep de punten nog eens na waarover we van mening verschillen en constateerde dat we van mening verschillen. Ik wil wel een kanttekening plaatsen. Als je asielzoeker of illegaal bent, heb je het niet vaak over dieetadvisering. Bij een illegaal die een beroep doet op de medische zorg, gaat het wel over andere zaken. Voor de screening volgen we de adviezen van het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Daar zit de kennis over infectieziekten. We volgen de adviezen van onze eigen RIVM, die het Centrum Infectieziektebestrijding heeft, en de GGD's. Die risicoanalyse maak ik niet zelf. Als deze set van deskundigen zegt dat tb in bepaalde gebieden niet veel voorkomt en dat je je screening beter anders kunt inrichten, doen we dat. Ik neem die beslissingen dus op basis van het advies van de deskundigen die we in Nederland hebben.

Dan kom ik op het preferentiebeleid. Als het medisch noodzakelijk is om een spécialité te nemen, moet die vergoed worden. Als je die niet vergoed krijgt, kun je naar het klachtenloket van de NZa. Zo hebben we het met elkaar geregeld.

De heer Don merkte op dat er heel veel te doen is en dat we elkaar daar vaker over zullen spreken. De focus ligt daarbij op het praktisch problemen oplossen in het komende jaar.

De inkomensafhankelijke bijdrage geldt niet alleen voor ouderen, maar ook voor zzp'ers. De groep is dus iets breder. Ik merk daarbij op dat de koopdracht niet door drie ministers maar door het hele kabinet wordt besproken. We bespreken hoe die er elk jaar uitziet. Daar vinden inderdaad de afwegingen plaats.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan de staatssecretaris.

☐

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Voorzitter. De heer Van Hattem vroeg bij de implementatie van het beleid om aandacht voor de aanpak van bureaucratie, het scheiden van de kosten van wonen en zorg, verspilling en kleinschaligheid. Deze onderwerpen staan ook zeer hoog op mijn lijstje. Zij zijn van essentieel belang om ruimte, die we allen nodig hebben, te maken op dit terrein. Zoals de heer Van Hattem misschien weet, zullen we het komende jaar het experiment regelarme instellingen, dat mede op initiatief van zijn partij in de Tweede Kamer is ingesteld, evalueren. We zullen dit ook voorzien van een bredere aanpak voor de reductie van administratieve lasten. Dat is volgens mij erg belangrijk.

In de richting van de heer Don kan ik bevestigen dat het verankeren van een eenvoudiger en toekomstbestendig pgb ook in 2016 de nodige aandacht zal vergen.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Ik heb nog een korte vraag aan de minister. Ze had het over de wijze waarop adviezen tot stand komen over infectieziektes. Mijn vraag ging mede over de problematiek rond de vele valse paspoorten. Hierdoor is het onduidelijk of een persoon uit een risicoland komt. Hoe wordt daarmee omgegaan?

De **voorzitter**:
Deze vraag is aan de minister gericht, maar het lijkt me moeilijk om in dit verband een antwoord te geven.

☐

Minister **Schippers**:
Onze mensen van de GGD's bekijken in alle centra wat daar zoal opduikt. Zij monitoren dat en houden het in de gaten. Natuurlijk kan iemand een vals paspoort hebben. Mensen uit Eritrea moet je echt op tb screenen. In Syrië komt tb veel minder voor. In Nederland komt het nog minder voor. Voor mensen uit Syrië is het dus niet zo nodig. Men kijkt dus goed wie er in de centra zitten, wat er voorkomt en hoe je daarop moet handelen.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Ik kom tot afhandeling van het wetsvoorstel. Wenst een van de leden stemming over het wetsvoorstel? Dat is niet het geval.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

Verlangt iemand aantekening? Dat is ook niet het geval.

Ik schors de vergadering voor een enkele minuut in afwachting van de komst van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maar niet dan nadat ik de minister en staatssecretaris van VWS goede feestdagen heb gewenst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.